



送件單位	單位代號
簽署人/主管確認欄	行政助理受理欄

# 保險契約內容變更申請書

※自行郵寄辦理者，需檢附要保人身分證影本。

## 步驟一：填寫保單號碼

保單號碼 **1 0 1 \* \* \* 5 6 7 8**

保全變更件  猶豫期變更件，保單簽收回條日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日。

申請事項【僅須填寫欲變更項目及變更後內容即可】 \*是否體檢：否 是；體檢日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

1.繳別變更為 月 季 半年 年繳費 2.繳費方式變更為自行繳費(MD)  
 (變更為自動轉帳及信用卡繳費者，請填寫付款授權書逕送保費部辦理即可。)

3.本保單要保人住所(各項催告通知地址)變更 要保人所有保單要保人住所一併變更  
 □□□-□□ 縣 鄉鎮 路 段 巷 號 電話( )-  
 市 市區 街 弄 樓 手機號碼：

4.本保單收費(聯絡通訊)地址變更 同上述住所變更 要保人所有保單收費地址一併變更  
 □□□-□□ 縣 鄉鎮 路 段 巷 號 電話( )-  
 市 市區 街 弄 樓 手機號碼：

5.要保人所有保單 E-mail 變更為【英文字母請以大寫方式填寫，數字零請以Ø填寫】  
 (本公司以書面為各項通知之方式，若需依您所填寫 E-mail 提供相關電子單據服務，請另填電子單據服務專用申請書，其項目可至本公司網站查閱。)  
@yahoo.com.tw @hotmail.com  
@gmail.com 其它@

6.本保單被保險人住所變更 如下 同上述要保人住所(各項催告通知地址) 同上述要保人收費(聯絡通訊)地址  
 □□□-□□ 縣 鄉鎮 路 段 巷 號之 公司電話( )-  
 市 市區 街 弄 樓之 住宅號碼( )-  
 E-mail： 手機號碼：

7.補發保險單(原保險單聲明作廢，補發工本費新臺幣100元)

8.墊繳意願變更 同意 不同意 墊繳本保單主約及所有附約之保險費及利息。

9.集體彙繳變更 退出現有  
 彙繳團體名稱 \_\_\_\_\_ 彙繳代號 \_\_\_\_\_

10.基本資料變更 姓名 \_\_\_\_\_ 出生日 \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 身分證號碼 \_\_\_\_\_  
 性別 \_\_\_\_\_ 國籍 \_\_\_\_\_ 婚姻狀況 已婚 未婚

11.要保人變更為 姓名 \_\_\_\_\_ 出生日 \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 身分證號碼 \_\_\_\_\_  
 與被保人關係為 \_\_\_\_\_ 國籍 中華民國 \_\_\_\_\_(其他國籍)，本人具美國稅務居民身分 是否  
 服務機構 \_\_\_\_\_ 營業內容 \_\_\_\_\_ 職稱 \_\_\_\_\_ 職業代碼 \_\_\_\_\_  
 過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上？否 是，請說明居住國家(地區)：\_\_\_\_\_  
 是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)？否  
是，請說明：\_\_\_\_\_

新要保人簽章式樣 \_\_\_\_\_ \*本人聲明保單之所有權利、義務本人一併繼承

步驟二：勾選第 14 項

※失效日起六個月以內提出申請者，可不需檢附『被保險人健康聲明書』

※失效逾六個月以上申辦復效或申請附約附加時，請一併檢附『被保險人健康聲明書』

※投保要保人豁免附約者，請一併填寫『被保險人健康聲明書』第 15 項

- 申請變更
- 本保單
- 申請變更
- 申請變更

12.要保人簽章 簽章樣式 本人聲明

13.被保險人簽章 簽章樣式 本人聲明

14.復效、主(附)約內容變更  
 ※失效日起六個月以內提出申請者，可不需檢附『被保險人健康聲明書』  
 ※失效逾六個月以上申辦復效或申請附約附加時，請一併檢附『被保險人健康聲明書』  
 ※投保要保人豁免附約者，請一併填寫『被保險人健康聲明書』第 15 項

15.被保險人職業內容變更(\*本人所有保單之職業內容併同變更，特此聲明)  
 姓名 \_\_\_\_\_ 服務機構 \_\_\_\_\_ 營業內容 \_\_\_\_\_ 兼(副)業 \_\_\_\_\_  
 職稱 \_\_\_\_\_ 行業代碼 \_\_\_\_\_ 請述明詳細工作內容 \_\_\_\_\_

16. 受益人變更
1. 受益人指定順位者請註明順位序號，如未註明則按由上至下順序受益。
  2. 受益人指定比例者請註明分配比例，分配比例如未註明則依均分方式分配受益。
  3. 投保主契約商品身故保險金、全殘保險金適用約定「分期定期給付」者，請另填寫「保險金分期定期給付約定書」。
  4. 注意事項：受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後受益人之通知依據。

變更項目	受益人基本資料／保險金給付分配方式 <input type="checkbox"/> 要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話(詳見上述第4點)
<input type="checkbox"/> 生存金 <input type="checkbox"/> 受益人	姓名：_____ 身分證號碼：_____ 生日：_____ 國籍：_____ 英文戶名：_____ (※外幣保單之受益人須另填英文戶名並提供外幣帳戶存摺影本) 與被保險人關係：_____ ※分配方式選擇： <input type="checkbox"/> 順位_____ <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 比例_____ % 匯款行庫名：_____ 分行名：_____ 帳號：_____ 地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人收費地址 電話：_____ □□□
	姓名：_____ 身分證號碼：_____ 生日：_____ 國籍：_____ 英文戶名：_____ (※外幣保單之受益人須另填英文戶名並提供外幣帳戶存摺影本) 與被保險人關係：_____ ※分配方式選擇： <input type="checkbox"/> 順位_____ <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 比例_____ % 匯款行庫名：_____ 分行名：_____ 帳號：_____ 地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人收費地址 電話：_____ □□□
<input type="checkbox"/> 滿期金 <input type="checkbox"/> 祝壽金 <input type="checkbox"/> 受益人	姓名：_____ 身分證號碼：_____ 生日：_____ 國籍：_____ 英文戶名：_____ (※外幣保單之受益人須另填英文戶名並提供外幣帳戶存摺影本) 與被保險人關係：_____ ※分配方式選擇： <input type="checkbox"/> 順位_____ <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 比例_____ % 匯款行庫名：_____ 分行名：_____ 帳號：_____ 地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人收費地址 電話：_____ □□□
	姓名：_____ 身分證號碼：_____ 生日：_____ 國籍：_____ 英文戶名：_____ (※外幣保單之受益人須另填英文戶名並提供外幣帳戶存摺影本) 與被保險人關係：_____ ※分配方式選擇： <input type="checkbox"/> 順位_____ <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 比例_____ % 匯款行庫名：_____ 分行名：_____ 帳號：_____ 地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人收費地址 電話：_____ □□□
<input type="checkbox"/> 主被保險人身故保險金受益人	姓名：_____ 身分證號碼：_____ 生日：_____ 國籍：_____ 英文戶名：_____ (※外幣保單之受益人須另填英文戶名並提供外幣帳戶存摺影本) 與被保險人關係：_____ ※分配方式選擇： <input type="checkbox"/> 順位_____ <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 比例_____ % 匯款行庫名：_____ 分行名：_____ 帳號：_____ 地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人收費地址 電話：_____ □□□
	姓名：_____ 身分證號碼：_____ 生日：_____ 國籍：_____ 英文戶名：_____ (※外幣保單之受益人須另填英文戶名並提供外幣帳戶存摺影本) 與被保險人關係：_____ ※分配方式選擇： <input type="checkbox"/> 順位_____ <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 比例_____ % 匯款行庫名：_____ 分行名：_____ 帳號：_____ 地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人收費地址 電話：_____ □□□
	姓名：_____ 身分證號碼：_____ 生日：_____ 國籍：_____ 英文戶名：_____ (※外幣保單之受益人須另填英文戶名並提供外幣帳戶存摺影本) 與被保險人關係：_____ ※分配方式選擇： <input type="checkbox"/> 順位_____ <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 比例_____ % 匯款行庫名：_____ 分行名：_____ 帳號：_____ 地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人收費地址 電話：_____ □□□
	身故/喪葬費用保險金受益人非該被保險人配偶、直系血親、法定繼承人，請附身分證明文件並說明原因： _____ _____
<input type="checkbox"/> 子女/配偶附約身故保險金受益人：請於下方欄位詳細填寫變更內容，並請眷屬附約被保險人於簽名欄簽章。 _____ _____	

17.主、附約內容變更【僅須填寫欲變更之項目及內容】提醒您，提前或部份解約將可能蒙受損失，請審慎評估，以維護您的權益。

姓名	出生日期	身分證字號	稱謂	申請事項	主(附)約險別名稱或代號	年期	保額
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 新加保 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 變更為			
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 新加保 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 變更為			
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 新加保 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 變更為			
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 新加保 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 變更為			
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 新加保 <input type="checkbox"/> 終止 <input type="checkbox"/> 變更為			

18.主約變更為繳清保險，『分紅選擇』同意變更為“儲存生息”，其他附約如下勾選方式處理。

- 所有附約同時終止。 保留已繳費期滿附約及已達豁免保險費附約，其餘附約終止。  
所有附約保留，續期繳費同時變更為年繳。(不保留的附約請於申請書第 17 項勾填終止)

◎請一併填寫付款授權書變更繳法為自動轉帳或信用卡繳費

附約變更為繳清保險 (請述明辦理繳清附約之險種名稱)。

※本保單辦理繳清保險後，依條款約定之生存或滿期保險金、解約金、身故或完全失能保險金，都將依照減繳清後保額重新計算，屆時給付金額可能有小於『累積已繳總保費』之情形

※聲明事項：本人瞭解辦理減額繳清對保單權益之影響，且瞭解未來各項保險金之給付均依保單條款約定辦理並以減繳清後保額重新計算，本人確認本次申請符合需求，敬請 貴公司辦理

要保人: \_\_\_\_\_ (簽章)

19.主約變更為展期定期保險，『分紅選擇』同意變更為“儲存生息”，其他附約如下勾選方式處理。

- 所有附約同時終止。 保留已繳費期滿附約及已達豁免保險費附約，其餘附約終止。  
附約變更為展期定期保險 (請述明辦理展期附約之險種名稱)。

20.增值回饋分享金給付方式變更

(1)第一至第六/第一至第十保單年度起給付方式：1.購買增額繳清保險 2.抵繳應繳保險費

(2)第七/第十一年保單年度起給付方式

1.現金給付(請填寫以下匯款資料) 2.購買增額繳清保險 3.抵繳應繳保險費 4.儲存生息

戶名(限要保人) \_\_\_\_\_ (※外幣保單務必填寫英文姓名並提供外幣帳戶存摺影本)

銀行/郵局 \_\_\_\_\_ 分行/支局 帳號 \_\_\_\_\_

◎除外幣保單外，若未填寫或填寫不完整時，則以支票方式給付

21.保單紅利給付方式變更：現金給付 購買『增額繳清保險』 抵繳應繳保險費 儲存生息

22.增值回饋分享金提領：全數領回 部分提領金額：\_\_\_\_\_元

23.法定代理人變更為 姓名 \_\_\_\_\_ 新法定代理人簽章式樣：\_\_\_\_\_  
 出生日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日身分證號碼 \_\_\_\_\_ 國籍 中華民國 \_\_\_\_\_(其他國籍)，  
 與被保人關係為 \_\_\_\_\_ 服務機構 \_\_\_\_\_ 營業內容 \_\_\_\_\_ 職稱 \_\_\_\_\_

24.其他變更或補行聲明事項

注意事項：

- 為維護 貴保戶之權益，請勿於空白之「保險契約內容變更申請書」上簽章。
- 各項申請或變更如需加收保費或其他費用者，未經遠雄人壽通知繳費，請勿先行繳費。
- 辦理各項保全申請或變更作業皆需要保人親自簽名，下列事項另需被保險人親自簽名同意：  
 受益人變更、\_\_\_\_\_更簽章樣式等。

步驟三：勾選契約變更補費方式

「原授權自動轉帳 / 信用卡」及「郵寄補費通知單」請擇一勾選

6.外幣保單辦理 \_\_\_\_\_ 幣存款帳戶資料。

本項契約作業所有以外幣匯款相關費用之負擔依契約條款約定辦理。

7.契約變更補費方式：以原授權自動轉帳/信用卡繳費管道方式補費 郵寄補費通知單

8.契約變更退費清償：全數清償保單借款本息 部分清償保單借款本息金額 \_\_\_\_\_

9.契約變更退費方式：匯入要保人帳戶(請附上存摺影本) 開立支票郵寄

要保人帳戶戶名：(中文) \_\_\_\_\_ (英文) \_\_\_\_\_ (外幣保單請依銀行開戶之英文姓名填寫)

行庫名：\_\_\_\_\_ 分行名：\_\_\_\_\_ 帳 號：\_\_\_\_\_



**聲明事項：**

- 一、本人(被保險人)同意遠雄人壽保險事業股份有限公司(以下簡稱遠雄人壽)得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 二、本人(被保險人、要保人)同意遠雄人壽將本申請書上所载本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- 三、本人(被保險人、要保人)同意遠雄人壽就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
- 四、具有保費調整機制之健康險適用：本人(要保人)已知悉並明瞭該條款中所載續期保費的調整係指遠雄人壽依實際經驗損失率達到調整保費之標準時，本公司依條款約定調整該商品之保險費率，每次調整後之新費率以不超過原費率的百分之二十為限；新費率之調整於下一保單年度始日之二個月前以書面通知要保人，並自下一保單年度起採用新費率計收保險費，但不得針對被保險人身體狀況調整之。如要保人不同意新費率，應於下一保單年度始日之一個月前，以書面通知遠雄人壽，本險之住院醫療保險金日額於下一保單年度始日零時調整為新費率所對應之住院醫療保險金日額。
- 五、保單條款具續保約定之商品適用：本人(要保人)已知悉並明瞭本商品續保時，貴公司得依保單條款之約定陳報主管機關調降或調漲續保之保險費率，與投保當時之保險費率有所不同，保險費調整之方式及內容悉依保單條款規定辦理。
- 六、本人同意本申請書之申請事項悉依遠雄人壽核定之內容並繳付應繳保費後，自遠雄人壽核定生效日起生效，爾後契約內容均以變更後為準，本人絕無異議。
- 七、申請人請依要保文件或簽章樣式卡之簽名方式親自簽章，本申請書所有簽章均為當事人本人親簽，如有虛偽不符，簽章人應負法律責任。

**履行個人資料保護法告知義務內容：**

遠雄人壽保險事業股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項及第九條第一項規定，向台端告知下列事項，敬請 台端詳閱：

- 一、蒐集之目的：人身保險(001)、金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(059)、金融爭議處理(060)金融監督、管理與檢查(061)、保險監理(066)、旅外國人急難救助(085)、消費者、客戶管理與服務(090)、其他經營合於營業登記目的或組織章程所定之業務(181)等合理關連之特定目的。
- 二、蒐集之個人資料類別：以 台端與本公司往來之業務及契約書、授權書及申請書等所列，包括姓名、身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查等必要個人資料類別為限。
- 三、個人資料之來源：(一)要保人(二)當事人之法定代理人、輔助人(三)各醫療院所(四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。
- 四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本(分)公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之再保險公司、依法有調查權機關或金融監理單位。(三)地區：上述對象所在之地區。(四)方式：合於法令規定之利用方式。
- 五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：(一)得向本公司行使之權利：1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.向本公司請求補充或更正。3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二)行使權利之方式：台端得至本公司各服務中心或透過免費客戶服務專線(0800-083-083)行使權利。
- 六、台端不提供個人資料所致權益之影響：台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

**為維護您的權益，提醒您務必於辦理主約減少保額、附約全部或部份終止前確認已詳閱並充分了解下列重要事項：**

- 一、申請保險契約終止者，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。本公司所負之保險責任即行終止，日後若發生任何事故，本公司恕不負任何保險責任。
- 二、保險契約終止後，其所附加之各項有效附約將依您所勾選之方式處理。
- 三、保險契約終止時，可能無法全額領回已繳保險費。
- 四、若因故不便繳納保險費，可依個人規劃考慮辦理展期、繳清、自動墊繳保險費或保單借款。
- 五、保險契約終止後再投保新保單時，須承擔下列風險：
  1. 重新履行告知義務：須對投保新契約當時的體況進行健康告知，契約終止後至再投保新保單前之期間，倘被保險人罹患疾病而未履行健康告知，將可能因違反告知義務致保險公司依保險法第 64 條解除契約。
  2. 違反告知義務解除保險契約的除斥期間及健康險的等待期，都要從投保新契約之日起重新計算，再投保健康險之等待期重新計算期間，倘被保險人罹患疾病，恐將無法獲得理賠。
  3. 再投保健康險前倘被保險人已罹患疾病，保險公司可能依保險法第 127 條主張不負給付相關保險金之責任。
  4. 因重新投保時的年齡可能大於投保原契約時的年齡，保險費率可能也會相對提高，且可能因已超過新契約規定之投保年齡或身體健康因素而無法投保；或可能因為新舊契約保障範圍差異致無法獲得理賠等因素而影響您的保障權益。

要保人、被保險人已詳閱且同意本申請書之「**注意事項**」、「**聲明事項**」、「**履行個人資料保護法告知義務內容**」，並已獲得必要之資訊，充分瞭解異動申請對於

**步驟四：要保人親自簽名**

要保人簽章：張小美

**步驟五：被保人親自簽名**

被保險人簽章：張小美

被保險人子女簽章：(請依留存本公司簽章樣式親自簽章)

法定代理人簽名：關係： 出生日期： 年 月 日 身分證號碼： (要、被保險人為未成年或受監護或受輔助宣告人時，需其法定代理人親簽確認)

◎要保人、被保險人未滿七足歲者，由法定代理人代為簽名；七足歲(含)以上未滿二十足歲者，由本人及法定代理人簽名。 中華民國 110 年 08 月 01 日

如有電訪需求時，請問要保人/被保險人之合適電訪時間為  全天(8:30~18:00)  上午(8:30~12:00)  下午(13:00~18:00) **步驟六：未簽章者，本次變更後文件將逕寄要保人**

本次變更後，應交付要保人之相關文件同意由服務人員轉送，要保人簽章：(未簽章者，將逕寄要保人)

**步驟七：見證人簽名並填寫手機號碼、登錄證字號或員工編號** 之影本證件已核

見證人簽章：陳大雄 手機號碼：0999-\*\*\*-448 登錄證字號或員工編號：010\*\*\*8870